

Het gevaar van bloeddrukverlagende middelen bij bejaarde patiënten

DOOR A. DIATLOWICKI-TOBI, ARTS*

„Hypertension may be and often is compatible with relatively long and effective life. Unfortunately, it is all too easy to induce neurotic anxiety in hypertensives and consequently iatrogenic heartdisease”. E. J. Stieglitz.

De bloeddruk is bij vele leken van middelbare en oudere leeftijd een met affect beladen begrip. Menigeen, die voor het verwijderen van een cerumenprop of een andere geringe lokale behandeling op het spreekuur komt, verzoekt nadrukkelijk om een bloeddrukcontrole en maakt zich, als hem na enig aandringen de systolische waarde wordt medegedeeld, dagenlang van streek, omdat deze vijf mm Hg hoger was dan de vorige keer. Hoewel iedere arts weet, dat de diagnose hypertensie moeilijk is, wordt deze diagnose niettemin maar al te vaak op onvoldoende gronden gesteld, zonder dat wordt rekening gehouden met de vele factoren, die de bloeddruk beïnvloeden en met de gevolgen voor de patiënt. *Pickering* stelt, dat elke scheidingslijn tussen normale en abnormale bloeddruk zuiver kunstmatig is: bloeddruk is een kwantiteit, geen kwaliteit, die goed of slecht zou kunnen zijn. Wat voor de een binnen het normale valt of ongevaarlijk is, kan bij de ander uiterst abnormaal zijn.

Het is algemeen bekend dat nervositas de gevonden waarde kan beïnvloeden. Bij herhaalde waarnemingen vindt men altijd een daling, omdat de patiënt aan de situatie, die hem aanvankelijk opwond, went. *Pickering* beschrijft sterke variaties binnen 24 uur. Bij normale personen varieerde de diastolische druk van 65 tot 135 mm Hg (!), terwijl bij patiënten met essentiële hypertensie systolische schommelingen tussen 150 en 240 mm Hg werden gevonden. Minder vaak wordt rekening gehouden met het feit dat de dikte van de arm de waarden beïnvloedt: bij een dikke arm worden bij intraarteriële metingen aanzienlijk lagere waarden gevonden dan bij de gebruikelijke onbloedige meting. Ook de positie van de arm is van belang. Bij hangende arm kan men een „hypertensie” vinden, die spoorloos blijkt te zijn verdwenen bij meting aan dezelfde arm wanneer deze ondersteund rust. Ook kan de bloeddruk in de ene arm door diverse oorzaken hoger worden gevonden dan in de andere arm. De grootte van de manchet heeft eveneens invloed: bij een manchet van 23 cm worden zowel systolisch als diastolisch waarden gevonden die ongeveer 20 mm Hg hoger liggen dan bij een manchet

Samenvatting. Na een opsomming van de foutenbronnen bij de bloeddrukmeting en -beoordeling en een literatuuroverzicht, wordt gewezen op het gevaar van bloeddrukverlaging bij arteriosclerotische patiënten, zulks in verband met de hersencirculatie.

van 33,5 cm. Ook wordt dikwijls vergeten, dat hypertensie door vrouwen aanzienlijk beter wordt verdragen dan door mannen. Dat door het verlies aan elasticiteit van de vaatwand bij arteriosclerose de systolische bloeddruk sterk kan zijn verhoogd, is bekend; dat dit echter compensatoir werkt bij een arteriosclerotische vaatvernauwing en dus niet moet worden veranderd, wordt vaak vergeten.

Helaas wordt aan zeer veel bejaarde patiënten een zoutloos dieet en/of bloeddrukverlagende middelen voorgeschreven op onvoldoende gronden — bijvoorbeeld nadat eenmaal is gemeten aan een afhangende arm — zonder dat rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht, mogelijke arteriosclerose en evenmin met bovengenoemde sterke 24-uursschommelingen. Met name de bloeddrukverlagende middelen vormen dan ook een heel wat ernstiger bedreiging voor de bejaarde patiënt dan de „iatrogenic heart disease” uit het citaat van *Stieglitz*, dat stamt uit de tijd voordat deze middelen tot het medische arsenaal gingen behoren.

Een van de meest uitgebreide Europese publicaties betreffende bloeddrukverlaging en hersencirculatie werd in 1960 geschreven door *Zülch*. In de twee uiterst gedegen en heldere artikelen over hemodynamische verhoudingen in het cerebrum maakt hij een onderscheid tussen functionele en structurele stofwisseling van hersenweefsel. Wanneer de circulatie daalt beneden 50 procent van de normale waarde, staken de hersencellen hun functie en zij gebruiken de verminderde hoeveelheid bloed uitsluitend om in leven te blijven. Verbeterd de circulatie, dan herstelt de functie zich en verdwijnen de bijbehorende neurologische symptomen. Hiermee verklaart *Zülch* de voorbijgaande uitvalsverschijnselen. Als de circulatie echter daalt tot beneden 15 procent, sterven de cellen af en zijn de neurologische uitvalsverschijnselen irreversibel. Deze symptomen ziet men bij patiënten met vernauwde arteriën, bij wie perifere insufficiëntie optreedt, bijvoorbeeld door een grote bloeding (onder andere uit een ulcus duodeni), bij de fysiolo-

* Uit de Geriatrie afdeling van het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal. Geneesheer Directeur Dr. J. Th. R. Schreuder.

gische tensiedaling na een zware maaltijd of gedurende de slaap in de vroege morgenuren, maar ook bij het verlagen van de bloeddruk met geneesmiddelen.

Of de neurologische verschijnselen blijven bestaan dan wel voorbijgaand zijn, hangt af van de duur van de hypotensie en van de hemodynamische situatie in het betrokken hersengebied. Dit kan vóórkomen bij patiënten met hyper-, normo- en hypotensie. Het is dus belangrijk de optimale tensie van iedere patiënt te weten. Volgens *Zülch* berust tweederde van alle hemipareses op hemodynamische oorzaken. Bij ons heeft *Folkerts* in dezelfde geest geschreven. Hij noemt verder als oorzaken van hypotensie het hartinfarct en de periode van ontspanning na „stress”.

Een en ander vindt men bevestigd bij het zorgvuldig opnemen van de anamnese van hemiplegiepatiënten. Er blijken vaak al eerder voorbijgaande stoornissen te zijn opgetreden en zowel deze „waarschuwingen” als de uiteindelijke pareses zijn zeer dikwijls ontstaan tijdens het dutje na het middagmaal of op de dag na de opwindende van een bruiloft, ofwel men is ermee ontwaakt in de morgen. Herhaaldelijk ook zijn de eerste symptomen opgetreden kort na het begin van een bloeddrukverlagende behandeling. Twee van mijn patiënten kregen een hemiparese in het reconvalescentiestadium van griep; de neiging tot hypotensie in dat stadium is bekend.

Wanneer men de literatuur van de afgelopen tien jaar doorneemt, is het begrijpelijk, dat er toch zoveel bloeddrukverlagende middelen worden voorgeschreven. Oppervlakkig gezien krijgt men namelijk de indruk, dat de prognose van hypertensie er alleen maar door kan worden verbeterd. Sommige schrijvers vinden, wat de vaataccidenten in cerebro bij bloeddrukverlagende therapie betreft, dat de frequentie hiervan dezelfde blijft (*Newman en Robertson, Dorhout Mees en Hols-huysen*), anderen vermelden een vermindering van het aantal hemipareses bij hypertensiepatiënten die met hypotensiva werden behandeld (*Hodge en medewerkers Marshall, Hamilton en medewerkers, Weinberg*). Bij kritische beschouwing van deze artikelen blijkt er een zekere selectie van patiënten te hebben plaatsgevonden — de gemiddelde leeftijd ligt als regel beneden de 60 jaar — terwijl geen der genoemde auteurs patiënten van boven de 70 jaar in zijn groepen heeft. Bovendien is het aantal der patiënten in groepen en controlegroepen gering. Slechts een enkele schrijver waarschuwt, helaas zeer terloops, dat bij arteriosclerose voorzichtigheid is geboden.

Voor de voorbijgaande verlammingen bestaat ook een andere verklaring, waarop in recente publicaties veel meer de nadruk wordt gelegd, zodat velen zijn geneigd de insufficiëntie door hypotensie te verwaarlozen of zelfs te verwerpen. Een onderzoek, dat in dit verband steeds weer wordt geciteerd, is dat van *Kendell en Marshall*, die in 1963 tamelijk angstwekkend experimenteerden met 37

patiënten, die al eens een „focal ischemic attack” hadden gehad. Deze patiënten kregen intraveneus hexamethonium toegediend, een stof, waarvan bekend is dat zij aanvallen van statische hypotensie kan veroorzaken. Zij lagen op een draaibaar bed, dat dan tot 70 graden werd omhoog gekanteld. De helft van deze patiënten kreeg voorbijgaande verschijnselen van ischemie, die echter geen verband hielden met de lokalisatie van de voorafgaande aanvallen. Hoewel de schrijvers constateren dat dit geen bewijs is dat langdurige hypotensie geen andere symptomen zou kunnen geven, terwijl zij ook nog andere kritiek op hun eigen conclusies hebben, geloven zij toch niet in de gevaren van hypotensie.

Zij menen dat de voornaamste oorzaak van voorbijgaande pareses is gelegen in micro-embolieën, afkomstig van trombose op arteriosclerotische plaques in grote vaten zoals de arteria carotis. *Pickering* beschreef dergelijke embolieën in 1964, nadat hij, samen met *Russell*, micro-embolieën de arteriën van de oogfundus had zien passeren. Hij wijst er echter op, dat arteriosclerotische plaques bij mannen frequenter voorkomen dan bij vrouwen. Bij de cerebrovasculaire accidenten bestaan geen geslachtsverschillen, zodat hier nog een andere factor moet werkzaam zijn. Ook *Van der Zalm, Castaigne en medewerkers* en *Weinberg* beschreven dergelijke embolieën. Hoewel de oorzaak van de voorbijgaande pareses bij jonge mensen herhaaldelijk in het bestaan van deze micro-embolieën kan worden gezocht, is het gevaar van deze publicaties, dat de gehaaste lezer de indruk krijgt dat alle pareses hun oorsprong op dergelijke wijze vinden en dit is, met name bij de bejaarde arteriosclerotische patiënt, zeer zeker niet het geval.

Toch heeft het in de literatuur niet ontbroken aan waarschuwingen tegen hypotensie, ook in Nederland. *Viersma* waarschuwde al in 1955 op het zeventiende ledencongres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, tegen sterke tensiedalingen bij atheromateus vernauwde vaten. Hij noemde het middel vaak erger dan de kwaal en stelde dat de ganglionblokkerende middelen in elk geval thuishoren in handen van de specialist. *Birkenhäger* en *Stadius Van Eps* wijzen erop, dat de hogere leeftijd extra gevoelig maakt voor ganglionblokkering. De publicatie van *Folkerts* werd reeds genoemd. In 1963 gaf *Schalm* in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde onder Nuttige Notities een serie richtlijnen betreffende de beoordeling van de bloeddruk. Hij sprak de wens uit, in een gezamenlijk streven de „modebehandeling” van de hypertensie tegen te gaan.

Opvallend is, dat buiten de specialistisch-geriatrische tijdschriften weinig over hypertensie bij bejaarden wordt geschreven. *Beck en medewerkers* viel dit ook op, waarop zij in 1963 de arteriën van bijna 800 bejaarden onderzochten. Zij vonden dat hypertensie weliswaar de afwijkingen in de vaatwanden significant intensificeert, maar dat de frequentie van stenoses, met name in de hersenarte-

riën, niet door hypertensie wordt beïnvloed. De conclusie hieruit moet zijn dat bloeddrukverlaging in elk geval zinloos is ter voorkóming van vaatvernauwing in de hersenen. *Martin* en *Gaurnier* noemen als enige indicatie voor bloeddrukbehandeling bij bejaarden decompensatio cordis en ernstige nier- of retina-afwijkingen. *Meyley* zegt, evenals *Martin* en *Garnier*, dat het probleem van de hypertensie bij de bejaarde waarschijnlijk veel minder klemmend is dan bij jonge mensen. Vele oude mensen worden behandeld voor een hypertensie die hen niet het minste kwaad doet. Hij noemt terecht gewichtsverlies een belangrijker remedie dan bloeddrukverlagende middelen.

In ons land wordt aan bejaarden reserpine het meest voorgeschreven, omdat bij dit middel de minste kans op statische hypotensie bestaat en de werking over het algemeen geleidelijk is. Daar echter de geleidelijke daling evengoed een insufficiëntie kan teweegbrengen, is ook reserpine een gevaarlijk middel bij de arteriosclerotische patiënt. Behalve reserpine worden ook teveel diuretica en wordt te vaak een zoutloos dieet voorgeschreven. De moderne diuretica potentiëren de bloeddrukverlagende middelen door versterkte natriumuitscheiding.

Op het zevende Internationale Congres voor Gerontologie werden door schrijver dezes een aantal gegevens vermeld, verzameld uit 200 ziektegeschiedenissen van patiënten, die waren opgenomen op de afdeling Geriatrie van het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal te Hilversum (Diatlowicki-Tobi). Allen hadden een of meer afsluitende vaat-accidenten in cerebro gehad. Het bleek, dat 10 procent van deze patiënten vóór opname bloeddrukverlagende middelen, meestal reserpine had gebruikt, 3 procent diuretica en 3 procent beide middelen. Angstaanjagend is het feit, dat de helft van deze mensen het bloeddrukverlagende middel naar aanleiding van het vaat-accident had voorgeschreven gekregen! Zit hierachter nog de klassieke, doch foutieve gedachtengang: dit is een verlamming door een hersenbloeding uit een door hypertensie gebarsten vat, dus tensieverlaging, om de „bloeding” tot staan te brengen? Volgens *Zülch* kan men op deze wijze de doorstroming van het getroffen gebied beneden de 15 procent brengen en een in principe reversibele verlamming irreversibel maken. Tweederde van de groep kwam gedurende de opnameperiode niet boven een diastolische druk van 120 mm Hg, hoewel de toediening van het bloeddrukverlagende middel direct na opname werd gestaakt. Een van de patiënten had furse-mide (*Lasix*), geranethidine (*Ismelin*) en reserpine tegelijkertijd gebruikt; deze verbindingen waren voorgeschreven door een cardioloog na het eerste vaat-accident. Bij opname op onze afdeling na het tweede accident bedroeg de bloeddruk 130-80 mm Hg.

Natuurlijk wil met het bovenstaande niet worden gezegd, dat bij deze 10 procent het vaat-accident door de bloeddrukverlagende middelen was

veroorzaakt; het is onmogelijk dit retrospectief te bewijzen. Sommige anamneses wijzen echter wel sterk in die richting: de patiënten vertelden soms spontaan over perioden van lichte neurologische uitvalsverschijnselen, die waren begonnen kort na het begin der bloeddrukverlagende therapie.

Er zijn nog heel andere bezwaren tegen de hypotensiva aan te voeren, met name tegen het reserpine, dat een aantal uiterst onaangename bijwerkingen kan hebben, die ook alweer juist voor bejaarden gevaarlijk kunnen zijn. Beschreven zijn onder andere:

Gewichtstoename. De meeste Nederlandse bejaarden zijn te dik en overgewicht is zeer ongewenst bij hypertensiepatiënten.

Depressies. De meest voorkomende affecten van bejaarden zijn angst en depressie.

Parkinsonisme. Deze afwijking vindt men latent of manifest bij vele arteriosclerotici.

Diabetische afwijkingen van de bloedsuikercurve. *Schouten* schreef onlangs in dit tijdschrift een uitvoerige beschouwing over het labiele bloedsuiker-evenwicht bij bejaarden.

Ventriculaire extrasystolie.

Potentiële toornissen.

Obstipatie.

Het is zonder meer duidelijk dat deze afwijkingen, waartoe bejaarden ook al zonder reserpine neigen, niet ook nog eens door reserpine moeten worden veroorzaakt of versterkt.

Tot slot nog een bezwaar tegen het veelvuldig voorschrijven van een zoutloos dieet. Men houdt er dikwijls niet voldoende rekening mee, dat men hiermede de patiënt een groot deel van zijn levensvreugde ontnemt, met name ook alweer de bejaarde, in wiens leven de maaltijden vaak een grotere plaats innemen dan bij de jongere volwassenen. Dat het smakelijk maken van dit dieet voor de eveneens bejaarde huisvrouw een extra belasting betekent, realiseren zich maar weinigen. Het is duidelijk, dat om deze beide redenen van het dieet houden meestal maar weinig terechtkomt. Dit belaaft de overtreder met schuldgevoelens, waardoor hij meer en meer kan geconcentreerd raken op zijn bloeddruk zodat de „neurotic anxiety” en de „iatrogenic heart disease” tot de werkelijkheid kunnen gaan behoren.

Samenvattend kan worden gesteld, dat aan vele bejaarden ten onrechte bloeddrukverlagende middelen worden gegeven; hiervan kunnen over het algemeen meer slechte dan gunstige resultaten worden verwacht. Alleen bij maligne hypertensie kan men een gunstig resultaat verwachten; men moet zich daarbij laten leiden door het beeld van de fundus oculi en de nierfunctie. Bij duidelijke arteriosclerose moeten echter nimmer bloeddrukverlagende middelen worden gegeven. Ook hier blijkt weer eens te meer, hoezeer men ervoor moet waken, bepaalde voor jonge en middelbare leeftijd

geldende gegevens zonder meer toe te passen op de bejaarde.

Summary. Dangers of hypotensive medication in the aged. A review of sources of errors in determining and interpreting blood pressure, and a review of the literature, is followed by a discussion of the dangers of lowering the blood pressure in arteriosclerotic patients, with reference to the cerebral circulation.

- Beck, H. Lasablière, R. Levillain en P. Berthaux (1963) *Rev. Fr. de Géront.* 9, 55.
Birkenhäger, W. H. en L. W. Statius van Eps (1959) *Ned. T. G.* 103, 1467.
Castaigne, P., F. Lhermitte en J. C. Gautier (1965) *Rev. Neurol.* 1, 113.
Diatlowicki-Tobi, A. (1966) *Proceed. Seventh Int. Congr. Geront.* V, 337, Vienna.
Dorhout Mees, E. J. en N. Holshuysen (1961) *Ned. T. G.* 105, 2320, 2384.
Folkerts, J. F. (1960) *Ned. T. G.* 104, 109.
———, (1963) *Ibid.* 107, 1029.

- Hamilton, M. E. N. Thompson en T. K. M. Wisniewski (1964) *Lancet* I, 235.
Hodge, J. V., E. G. McQueen en H. Smirk (1961) *Brit. Med. J.* I, 1.
Kendell, R. E. en J. Marshall (1963) *Brit. Med. J.* II, 344. *Leading Article Lancet* 1966, I, 414.
Marshall, J. (1964), *Lancet* I, 10.
Martin, E. en B. Garnier (1961) *Geront. Clin.* 3, 83.
Meyler, L. (1961) *Ned. T. G.* 105, 1990.
Newman, M. J. D. en J. J. S. Robertson (1959) *Brit. Med. J.* I, 1368.
Pickering, G. (1964) *Brit. Med. J.* I, 517.
———, (1965) *Ibid.* II, 959, 1021.
Russell, R. W. R. (1961) *Lancet* II, 1422.
Schalm, L. (1963) *Ned. T. G.* 107, 817.
Schouten, J. (1967) *huisarts en wetenschap* 10, 224.
Stieglitz, E. J. (1954) *Geriatric Medicine*, Pitman & Sons Ltd. London
Viersma, H. J. (1956) *Ned. T. G.* 100, 879.
Weinberg, M. (1966) *J. Amer. Geriat. Soc* 14, 1 en 102.
Zalm, H. v. d. (1966) *Ned. T. G.* 110, 1864.
Zülch, K. J. (1960) *Dtsch. Med. Wschr.* 85, 1524 en 1585.

Een bij jonggehuwden frequent voorkomende coïtusbelemmering

DOOR L. H. LEVIE, SEKSUOLOOG TE AMSTERDAM

Tal van ervaringen hebben mij geleerd, dat lang niet zelden pasgehuwden zich tot de huisarts wenden met de klacht, dat de samenleving niet gelukt. Diverse oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen. Een deel daarvan kan direct worden teruggevoerd op *vroegtijdig erectieverlies* bij de man, al dan niet tengevolge van premature ejaculatie. Hierover wil ik het thans niet hebben, mede omdat — men houde mij dit ten goede — de behandeling van dergelijke veelal primair optredende potentieelstoornissen vaak de grenzen overschrijdt van wat men gemeenlijk onder huisartsgeneeskunde verstaat.

Evenmin wil ik in dit artikel uitweiden over de neurotische afweer van elke seksuele toenadering door de vrouw, in de vorm van een zich angstig daaraan onttrekken, eventueel door de partner van zich af te duwen, haar benen te sluiten of tenminste de sluitspieren van de schede-ingang krampachtig te contraheren. Vooral door dit laatste veroorzaakt iedere poging tot penetratio in vaginam sterke pijn. Ook de behandeling van deze stoornis, aangeduid als *vaginisme*, zou ik bij voorkeur in meer gespecialiseerde handen zien, waarbij ik een pleidooi houdt *tegen* verwijzing naar een vrouwenarts, wanneer deze de eenvoudige doch bepaald niet de beste weg kiest van doorsnijding van de afsluitende spieren der schede-ingang.

Maar ook afgezien van bovengenoemde categorieën blijft er nog altijd een aanzienlijke groep over van jonggehuwden met initiële coïtusstoornissen, die bij het opnemen van de anamnese in het geheel geen blijk geven van angst voor, respectievelijk afkeer van, seksuele toenadering. Dit vormt dus een tegenstelling met hetgeen we waarnemen bij *vaginisme*, want ze hebben wel degelijk geslachtelijke

Samenvatting. Een coïtusbelemmering, typisch voor jonggehuwden, berust op een onaangepaste coïtushouding tengevolge van onjuiste voorstellingen bij beide partners. De behandeling ligt in de eerste plaats op het terrein van de huisarts.

verlangens en ze geven dan ook aan, dat zij zich bepaald niet onttrekken aan pogingen om tot geslachtelijk verkeer te komen, waarbij de vrouw — dit eveneens in tegenstelling tot de situatie bij *vaginisme* — in voldoende mate tot erectie van haar genitalia externa met de daarmede gepaard gaande vulvaire vochtsecretie geraakt. Het enige dat met *vaginisme* overeenkomt is, dat de *immissio penis* niet plaatsvindt en dat de druk van de geërgerde penis soms lokaal pijn veroorzaakt, zelden echter zodanig dat de vrouw zich aan de seksuele toenadering onttrekt. Wel kan het op den duur bij een soort halve coïtus blijven. Meestal echter neemt men geen genoegen met deze gang van zaken maar begeeft zich na enige teleurstellende ervaringen naar de arts. Dikwijls is dit de vertrouwde huisarts en juist deze is naar mijn mening bij uitstek de aangewezen persoon om deze jonge mensen, die aan het begin van hun huwelijksleven staan, met raad en daad bij te staan. Tenminste indien hij de aard en de oorzaken begrijpt van deze coïtusmoeilijkheid, die zo gemakkelijk verkeerd kan worden geïnterpreteerd.

De oorzaken liggen namelijk dermate voor de hand, dat zij wellicht juist daarom door de arts vrijwel nooit worden onderkend. Door onze kennis